



Asociación de Calidad en Salud de Puerto Rico, Inc.

acesa.socios@gmail.com

www.acesapr.org

facebook.com/acesaprcalidad

Teléfono ACESA móvil (celular) 787-

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

I. Para completar socios(as) individuales, estudiantes

DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Dirección Postal:		Dirección Residencial:	
Zona postal:			
Fecha de Cumpleaños (Día/Mes)		Teléfono residencial:	
Correo Electrónico:		# Fax:	
		# Celular:	

DATOS RELACIONADOS AL TRABAJO:

Lugar de Trabajo:	Profesión:		
Puesto:	Tiempo:	# Teléfono	
Correo Electrónico:	# Fax:		

II. Para completar socio Institucional

Nombre de la Entidad:

Tipo de Institución: Hospital Plan Médico Home Care Centro 330 Equipo Durable
 Hospicio Centro Cuidado Ambulatorio Otro (especifique): _____

Dirección Postal:		Dirección Física:	
Zona postal:			
#Teléfono:	#Fax:	Correo Electrónico:	
Persona contacto:		Puesto persona responsable:	

III. Para completar todos

Intereses personales: (Marcar las áreas de interés)

Acreditación Calidad Manejo de Riesgos Utilización Medicare

Intereso colaborar en el siguiente equipo de ACESA:

<input type="checkbox"/> Equipo de Educación	<input type="checkbox"/> Equipo de Boletín	<input type="checkbox"/> Equipo de Convención
<input type="checkbox"/> Equipo de Relaciones Públicas	<input type="checkbox"/> Equipo de Reglamento	<input type="checkbox"/> Equipo Premio Norma Luna

Estado de membresía:

Nunca he sido Socio(a) Fui Socio(a) hace _____ años

Cuota ACESA: Marque su selección, recuerde todas las membresías vencen al 31 de diciembre

<input type="checkbox"/> \$40 Individual	<input type="checkbox"/> \$200.00 Institucional (tiene la opción de enviar hasta 5 personas simultáneamente a opción de la institución)	<input type="checkbox"/> \$30.00 Estudiantes de profesiones relacionadas a la salud. Favor enviar copia del programa de clases.
--	---	---

Autorizo a ACESA a compartir mi dirección con otras Organizaciones Profesionales () SI () NO

Envía esta solicitud con el pago en cheque o giro, a la siguiente dirección postal:

Asociación de Calidad en Salud de Puerto Rico
PO Box 367783
San Juan, PR 00936-7783



Rev. Febrero 8, 2017